

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dell'I.C. Laureana - Galatro - Feroletto - Melicucco
Città Metropolitana di Reggio Calabria

Oggetto: Permesso retribuito per visita medica specialistica – riservato al personale A.T.A.

Il/La sottoscritto/a _____,
in servizio c/o codesta Istituzione Scolastica in qualità di _____,
a tempo ☐ determinato / indeterminato ☐ _____,

C H I E D E

Di poter usufruire di un permesso retribuito (fino a un massimo di 18 ore annuali riproporzionate in caso di part time) per l'espletamento di visite mediche, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici per il giorno _____.

L'assenza dal servizio avrà la seguente durata:

il giorno _____ (fino ad un massimo di 18 ore annuali - la giornata intera si considera 7,12 ore)

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____ comprensiva del
tempo di viaggio impiegato per raggiungere l'ambulatorio medico.

Al rientro presenterà la prescritta documentazione medica e autocertificazione.

Lì, _____

(firma)

IL D.S.G.A.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO